

TÉRMINOS DE SALUD QUE DEBES SABER

APELACIÓN

Es una petición que haces cuando no estás de acuerdo con una decisión que tomó el Mercado acerca de tu cobertura o algún pago. Puedes apelar si tu plan de seguro médico niega una de las siguientes situaciones:

- Tu petición para obtener un servicio de atención médica, un suministro o un medicamento recetado al cual debes tener acceso.
- Tu petición para que paguen por la atención médica o medicamentos recetados que ya has recibido.
- Tu petición para ajustar el costo de un medicamento recetado.
- También puedes apelar si recibes cobertura y tu plan deja de pagar.

COSEGURO

Esta es la porción que pagas por los servicios que tu plan cubre y es calculada en porcentajes basados en los servicios que tu plan acepta. Tu eres responsable de pagar el coseguro, más cualquier deducible que debas. El porcentaje varía dependiendo los diferentes servicios que cubre tu plan de seguro médico. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, 20%).

COPAGO

La cantidad fija que pagas por los servicios médicos cubiertos por tu plan de seguro médico, como una visita al doctor, una visita ambulatoria al hospital o recetas médicas. El copago, por lo general, se hace al momento de obtener el servicio médico. Los copagos son cantidades fijas en vez de un porcentaje y son determinados por tu plan de seguro médico. Por ejemplo, tu podrías pagar \$10 o \$20 por cada consulta médica o receta.



DEDUCIBLE

La cantidad que debes pagar por los servicios de atención médica antes de que tu plan de seguro médico comience a pagar por los servicios que están cubiertos.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

La evaluación de una enfermedad tan grave, una lesión o un síntoma que ocasiona que una persona busque atención y tratamiento inmediato para evitar que la condición empeore.

SERVICIOS EXCLUIDOS

Los servicios de atención médica que tu plan de seguro médico no paga y que no están cubiertos bajo tu plan.

TÉRMINOS DE SALUD QUE DEBES SABER

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)

Un resumen de los gastos de atención médica que tu compañía de seguros te envía después de ver a un proveedor u obtener un servicio médico. Este resumen no es un cobro, si no una explicación de la atención médica de tu plan. También muestra la cantidad que tu proveedor le esta cobrando a tu compañía de seguros.



FORMULARIO

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otro plan de seguro médico con beneficios para medicamentos recetados. También es conocido como lista de medicamentos.



ATENCIÓN AMBULATORIA DE HOSPITAL

Atención en un hospital que normalmente no requiere que pases la noche en el sitio.

COSEGURO DENTRO DE LA RED

El porcentaje (por ejemplo, 20%) que pagas, de la cantidad permitida, a los proveedores que tienen contrato con tu compañía de seguro médico o plan. Los coseguros dentro de la red por lo general cuestan menos que los coseguros fuera de la red.

COPAGO DENTRO DE LA RED

Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que pagas a los proveedores que tienen contrato con tu compañía de seguro médico por los servicios médicos cubiertos por tu plan. Los copagos dentro de la red generalmente son pagos de menor cantidad que los copagos fuera de la red.

RED (TAMBIÉN REFERIDA COMO DENTRO DE LA RED)

Los centros y proveedores que tu compañía de seguro médico o plan ha contratado para ofrecer servicios de atención médica.



FUERA DE LA RED

Un proveedor que no tiene contrato con tu compañía de seguro o plan de seguro médico para proveerte servicios. Tu tendrás que pagar más si eliges un proveedor fuera de la red.

COSEGURO FUERA DE LA RED

El porcentaje (por ejemplo, el 40%) que pagas de la cantidad autorizada por servicios médicos cubiertos facilitados por proveedores que no tienen un contrato con tu compañía de seguro médico o plan de seguro médico. El coseguro fuera de la red, por lo general, cuesta más que el coseguro dentro de la red.

TÉRMINOS DE SALUD QUE DEBES SABER

COPAGO FUERA DE LA RED

Una cantidad fija (por ejemplo, \$30) que pagas por servicios médicos cubiertos de proveedores que no tienen un contrato con tu compañía de seguros o plan de seguro médico. El copago fuera de la red, por lo general, cuesta más que el copago dentro de la red.

LÍMITE DE GASTOS DE BOLSILLO

La cantidad máxima que pagas durante el período del plan de seguro médico (generalmente un año) antes de que tu cobertura médica comience a pagar el 100% de las cantidades autorizadas. El límite de gastos de bolsillo incluye el deducible anual y también puede incluir cualquier costo que tengas después de un deducible. Para muchos de los planes del 2014, el límite de gastos de bolsillo para un individuo no fue más de \$6,350, y para una familia no excedió de \$12,700. Estos costos subirán en el 2015.

PREAUTORIZACIÓN

Una decisión de tu compañía de seguro o plan en la que se determina que un servicio, tratamiento, receta o equipo médico es necesario por razones médicas. A veces se le conoce como autorización previa, pre autorización o pre aprobación. El plan de seguro médico puede requerir esta autorización antes de que puedas recibir ciertos servicios, excepto en casos de emergencia. La pre autorización no garantiza que la compañía de seguro o plan cubra el servicio o artículo.

PRIMA

La cantidad que debes pagar por tu plan de seguro médico. Tú y/o tu empleado usualmente pagan esta cantidad mensualmente, trimestralmente o anualmente.

SERVICIOS DE PREVENCIÓN

Servicios de salud rutinarios que incluyen exámenes, chequeos y consejería médica para prevenir enfermedades, condiciones u otros problemas de la salud.

PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS

Un médico de cabecera o doctor general (M.D. en inglés) que visitas para cualquier problema de la salud. El o ella hablará con otros doctores y proveedores de cuidado de salud sobre tu condición, y te puede referir con especialistas. Muchos de los planes médicos requieren visitar a tu doctor de atención primaria antes que cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

ESPECIALISTA

Un doctor especialista que se dedica a un área específica de la medicina o a un grupo específico de pacientes para diagnosticar, administrar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones. Un especialista que no es un médico, es un proveedor que posee más entrenamiento en un área específica del cuidado médico.